

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

28

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 31 Mai 1906, à 1 heure

PAR

Louis-Alphonse TREMBLIN

Ancien Externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ouverture Spontanée

DES

Kystes Hydatiques du Foie

DANS LE PÉRITOINE

Président : M. GILBERT, professeur

Juges { *MM. BROUARDEL, professeur*
DUPRÉ, agrégé
CARNOT, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	P. POIRIER
Physiologie.....	Cn. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	SEGOND.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....	DEJERINE.
	ROGER.
Clinique médicale.....	HAYEM
	DIEULAFOY.
	DEBOVE
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	BUDIN.
Clinique gynécologique.....	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.....	POZZI
Clinique thérapeutique.....	KIRMISSON.
	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine

Médecin de l'hôpital Broussais

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'OUVERTURE SPONTANÉE
DES
Kystes Hydatiques du Foie
DANS LE PÉRITOINE

INTRODUCTION

Au mois de juillet dernier, M. le Dr Carnot amena dans le service une malade chez laquelle M. le professeur Gilbert porta le diagnostic de kyste hydatique du foie rompu dans le péritoine.

Frappé par les caractères typiques de ce cas nous avons voulu en faire le sujet de notre thèse et avons recherché les cas semblables dans la littérature médicale. Nous nous sommes aperçu qu'il y avait un grand nombre d'observations de ce genre signalées depuis le travail de M. le Dr Devé.

Cependant comme un travail d'ensemble manquait

nous avons essayé de donner un aperçu aussi complet que possible de cette complication fréquente des kystes hydatiques du foie.

Nous avons divisé ce travail en cinq grands chapitres : Dans le premier traitant de l'étiologie, nous signalons les principales causes, en éliminant toutefois les cas de rupture due à la ponction et aux traumatismes ou consécutive à des opérations faites sur le kyste hépatique ayant entraîné un ensemenement du péritoine.

Dans un second chapitre, nous essayons de donner les principaux signes qui nous font penser à la rupture du kyste et traitons les complications. Le troisième roule sur le diagnostic.

Les deux derniers chapitres ont pour sujets l'anatomie pathologique et le traitement.

Mais avant d'entrer dans le vif de notre sujet il est une coutume aussi agréable que consacrée qui consiste à remercier les maîtres qui nous ont enseigné les diverses branches de la médecine.

A la mémoire du professeur Tillaux qui nous a fait profiter de son enseignement si clair et si pratique, nous adressons nos sentiments de profonde admiration.

Que M. le Dr Barié, chez qui pendant deux années nous nous sommes exercé à l'auscultation si délicate du cœur, soit assuré de notre reconnaissance.

Nous sommes heureux de rappeler que nous avons pu butiner avec grand profit comme stagiaire ou externe dans les services de MM. Routier, Lejars,

Küss, Cunéo, Savariaud, Villemin, Jeanselme, Renault, Auclair et Brocq.

Remercions tout particulièrement M. le professeur Pinard qui nous a fait connaître les secrets de l'obstétrique, MM. les D^{rs} Marfan, Comby et Broca chez qui nous avons appris à connaître la médecine et la chirurgie infantiles.

Que M. le D^r Lippmann accepte notre reconnaissance pour les documents et les conseils qu'il nous a donnés pour mener à bien ce travail.

Enfin et surtout que notre maître M. le professeur Gilbert chez qui nous avons été externe la dernière année de nos études soit assuré de notre profonde gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ETIOLOGIE

« Quand le foie, plein d'eau, disait Hippocrate, se rompt dans l'épiploon, le ventre se remplit d'eau et les malades succombent. »

Un autre auteur, Arétée, disait encore : « On connaît une autre espèce d'hydropisie ; dans cette maladie des vésicules très petites, nombreuses, pleines d'eau, se produisent dans le lieu où l'ascite existe ordinairement. D'où ces vésicules sont-elles sorties ? La route n'en est pas facile à trouver car quelques-uns disent que de semblables ampoules sont passées par l'intestin. » Il est facile de comprendre que ces deux auteurs avaient affaire à des kystes hydatiques du foie ouverts dans le péritoine. Seulement le mécanisme, la pathogénie leur échappaient.

Si maintenant, nous consultons les auteurs classiques, on s'aperçoit que ce sujet est à peine effleuré. Pour Faure dans le *Traité Le Dentu et Delbet*, « l'ouverture dans le péritoine due souvent au traumatisme est relativement rare ». Pour Forgeue dans son *Précis*, « ce mode d'évacuation est rare ». Second enfin trouve que « l'ouverture péritonéale est relativement rare ». Or nous avons pu rassembler 65 observations de cette complication et nous

n'avons pas la prétention d'avoir rassemblé tous les cas.

Si nous observons le sexe, l'âge à laquelle peut survenir cet accident, nous voyons que c'est surtout entre vingt et quarante ans et de préférence chez les femmes que le fait se produit.

Guillaine (23), dans sa thèse, nous dit que le kyste hydatique ne fait guère son apparition avant l'âge de quatre ans, qu'il y a des cas peu nombreux de quatre à huit ans, et que la fréquence augmente beaucoup de huit à quinze ans. A cet âge on voit peu de ruptures spontanées, vu le peu de développement du kyste qui est le plus souvent à l'état latent. Pontou ne cite pas dans sa thèse le péritoine dans l'atteinte des organes par les kystes du foie. Toutefois plusieurs cas prouvent que le fait peut se produire chez des enfants de neuf ans (Schede), dix ans (Broca) (53).

On ne peut pas donner de raisons très sérieuses à la plus grande fréquence chez la femme, mais c'est un fait constant. Sur 176 cas, Frerichs trouve 56 hommes pour 120 femmes. Sur nos 65 observations nous trouvons 31 femmes pour 26 hommes, 6 observations n'indiquant pas le sexe. Devé (54) n'accorde aucun crédit à cette prédominance. Toutefois il me semble que l'on pourrait jusqu'à un certain point expliquer ce faible avantage pour le sexe féminin au port du corset (Duvernoy) (55) qui agit sur le foie.

Les observations ne relatent souvent pas la profession. On relève des cordonniers, bouchers, cuisiniers, marchandes des halles, mais en résumé beaucoup laissent ce point de la question de côté.

En Angleterre (Budd) les pauvres seraient plus exposés que les riches à cause de l'hygiène et de l'alimentation surtout végétale.

Nous ne parlerons pas de la cause primordiale du kyste hépatique. Toutefois, comme notre ami, le Dr Letourneux, dans sa thèse l'a si bien montré, le chien surtout est l'agent de cette maladie et l'affection bien connue des femmes pour cet animal pourrait encore expliquer la prédominance des kystes hépatiques chez elles.

Nous nous attachons dans cette étude à l'ouverture spontanée, comme nous l'avons déjà dit, toutefois si nous écartons le traumatisme brutal, les chutes, nous pouvons considérer comme presque spontanées les ruptures à la suite d'efforts d'ordre banal. Devé (54) nous fournit quelques exemples : en démarquant une brouette (Périer), en portant un seau (Riemann), en broyant des pommes (Martin) ; à l'occasion d'un simple geste : en dansant (Kauffmann), en faisant sa toilette (Murchinson), en se déshabillant (Gouraud et de Sèze), en se baissant (Lushka), en mangeant (Jaboulay) pendant le coït (Devé). Nous pouvons ajouter le cas de Tardieu (femme surprise en délit d'adultère). Vuillième (22) dans sa thèse incrimine parfois le palper abdominal, mais ajoute : « La rupture se fait généralement dans l'intestin et les bronches et rarement dans le péritoine et les plèvres. »

Hors ces quelques cas, tous les autres cas que nous relatons sont survenus sans cause apparente : brus-

quement, rupture inaperçue » sont les mots que l'on rencontre continuellement dans nos observations.

Si maintenant nous examinons la fréquence avec laquelle se produit cet accident relativement aux autres modes de rupture dans les organes, nous ne manquons pas de statistiques.

Finsen sur 255 malades trouve :

- 176 kystes dans le foie,
- 54 kystes dans la cavité abdominale,
- 7 kystes dans le poumon,
- 18 kystes dans les autres organes,

Tokarenko (56) sur 1950 kystes hédatiques simples en trouve 75 o/o abdominaux. Alexinsky sur 159 kystes hédatiques multiples en trouve 90 à 95 o/o abdominaux. Cela se rapporte à la fréquence des kystes hydatiques abdominaux.

Si l'on examine uniquement la fréquence de rupture dans le péritoine, nous voyons que Devé (54) arrive aux résultats suivants :

« Les statistiques de Frey donnent 8 kystes péritonéaux secondaires pour 100 kystes du foie ; Mulliers, 8,5 o/o ; Peiper, 9 o/o ; Madelung, 9 o/o ; Fürbringer, 11 o/o ; Vegas et Cranwell, 12 o/o ; Wiedemann, 12,5 o/o ; Marguett, 13 o/o ; Neisser, 15 o/o ; Böcker, 15 o/o ; Lyon, 15 o/o ; Drixelius, 16 o/o ; Lallie, 20 o/o ; Cobbold, 21 o/o ; Davaine, 23 o/o. » Devé arrive à une proportion de 22 o/o. Par ces chiffres il est facile de se rendre compte de la fréquence de cette complication, 1/5 pour Devé qui fait autorité en la matière.

Comment expliquer la rupture spontanée du kyste hydatique du foie et son ouverture dans le péritoine en dehors des cas signalés plus haut. Les causes invoquées sont nombreuses.

Les uns expliquent le fait par la distension des parois par le liquide, d'autres incriminent les voies biliaires, lesquelles à un moment poussées, ulcérées par le kyste, s'ouvriraient dans le kyste et par là même occasionneraient l'éclatement, d'autres mettent en avant la suppuration du kyste ; tous peuvent avoir raison mais, en résumé, le motif quelquefois échappe à nos recherches et la spontanéité apparaît sans qu'on ne puisse expliquer pourquoi l'accident s'est produit, et sans qu'on n'ait pu l'empêcher par une intervention tempestive. Les faits abondants le démontrent.

ÉTUDE CLINIQUE

Le tableau clinique est facile à décrire. Dans tous les cas on retrouve la même physionomie.

Le kyste était reconnu soit par le malade lui-même, soit par son médecin quand la rupture a eu lieu. C'est ce qui arriva dans notre cas. Depuis trois ans une tumeur indolore se développait progressivement dans l'hypochondre droit. Dans d'autres cas la rupture éclate brutalement sans que le sujet ait été averti du développement de son kyste par quelque symptôme.

Le plus souvent, toutefois, le malade sait qu'il porte un kyste hydatique car les signes de début d'un kyste hydatique du foie sont assez nets : tantôt ce sont de vives douleurs à la région épigastrique, des douleurs en ceinture, tantôt c'est une sensation de gêne ou de pesanteur au niveau de l'estomac. Ajoutons le dégoût des matières grasses, épistaxis, douleurs dans l'épaule gauche, parfois même pleurésie. Finsen signale la douleur comme un phénomène constant au début de la maladie, lors même que la tumeur n'est pas encore perceptible. Or le kyste hydatique n'est pas douloureux par lui-même

car il n'est pas rare de rencontrer à l'autopsie d'une personne morte d'une maladie quelconque des kystes dont elle ne s'était jamais plainte. Il occasionne, lorsqu'il a acquis un certain volume, un sentiment de distension, de plénitude, de gêne, de pesanteur plutôt que de véritable douleur.

C'est alors par suite de **quelque violence** extérieure, d'un effort du malade, d'un excès **de distension** du kyste, lorsque, par exemple, la bile y pénètre ou que le kyste suppure, c'est alors que se produit la rupture.

Dans notre cas le tableau est saisissant. « Un matin, la malade vaquait à son ménage, lorsqu'elle sentit brusquement un chatouillement dans le dos : elle se retourne, croyant à une plaisanterie, quand, au même instant, elle sentit sa tumeur se soulever brusquement et retomber dans le ventre : « flac ! », ajoutait-elle. A ce moment cette femme perdit connaissance : trois heures après, elle eut un urticaire généralisé extrêmement violent. Très rapidement il se produisit de l'ascite et la patiente se cachectisa. » Nous trouvons dans cette observation tous les principaux signes de diagnostic de la rupture : D'abord douleur atroce dans le ventre amenant la perte de connaissance, sensation de déchirure interne, affaïssement de la tumeur, perception d'un liquide s'écoulant dans le ventre, « rupture en geyser » comme disait le professeur Gilbert : « Défaillance du malade, sueurs froides, tendance à la syncope, au collapsus ; nausées, hoquet, vomissements bilieux répétés, bal-

l'innervation du ventre avec phénomènes péritonéaux (sensibilité, etc.) ; enfin quelques minutes, une demi-heure, une heure, trois heures dans notre cas, quelques heures après, éruption violente d'urticaire. »

A côté de ce tableau presque complet il y a, comme Devé l'a montré dans sa thèse, il y a des formes frustes, atténuées dans lesquelles un ou plusieurs symptômes font défaut.

L'urticaire signalé par Finsen pour la première fois (Les échinoccoques en Islande. *Arch. de Méd.*, 1869) a été observé depuis par Dieulafoy (*Tr. de l'aspiration*), Hayem et Ferrand (*Soc. Méd. des Hôp.*, juillet 1874), Bussard (*Gaz. des Hôp.*, août 1875), Archambault (*Union Méd.*, 1876), Laveran, Feytaud (*Recherches sur la pathogénie de l'urticaire qui complique les kystes hyd.*, thèse, Paris, 1875). C'est le symptôme le plus précieux pour porter le diagnostic de rupture. Cet exanthème disparaît ordinairement au bout d'un jour ou deux. Laveran attribue son développement à l'action d'une certaine quantité de liquide kystique épanché dans le péritoine sur les nerfs splanchniques comme le fait l'ingestion de certains aliments. Pour d'autres l'urticaire serait dû à la résorption du liquide hydatique. En résumé « l'urticaire, dit Devé, peut être l'unique symptôme de la rupture latente d'un kyste hydatique lui-même latent ». Aussi convient-il de rechercher toujours avec grand soin ce symptôme si important, le plus important pourrions-nous dire.

Les autres symptômes manquent souvent : la

douleur brusque est un signe banal dans la séméiologie de l'abdomen. Le météorisme, l'ascite sont plus importants surtout s'ils coïncident avec une poussée d'urticaire.

Les conséquences de la rupture du kyste hydatique sont aussi intéressantes que variées. Si nous reprenons notre observation nous voyons que notre malade se cachectisa et, malgré le traitement institué, mourut deux mois et demi après la rupture du kyste.

La mort en effet peut survenir brusquement, comme dans le cas de Tardieu, ou après un temps plus ou moins long, comme dans notre cas. Achard (36) en a ressemblé dix cas que nous nous permettons de citer ici :

1° *Histoire de l'Académie des Sciences*, 1759, d'après Hawkins. Fille de dix-huit ans, portant une tumeur hépatique, l'enfant ayant été renversée. La tumeur disparut subitement. Mort rapide. Autopsie : kyste hépatique rompu ;

2° Lassus (*Journ. de méd. chir.*, etc., de Corwisart, t. I, p. 221, an IX). Homme traité pour une obstruction du foie. Chute, mort en six heures. Autopsie : kyste de la face inférieure du foie ;

3° Lassus (*Id.*, p. 13). Jeune fille portant une tumeur épigastrique. Mort inopinée. Deux kystes dont l'un rompu ;

4° Hawkins (*Med. Ch. Transactions*, 1833, vol. XVIII, p. 124). Chute de wagon. Aspect d'un homme mourant d'hémorragie, mais pas aussi pâle. Mort en peu d'heures. Autopsie : rupture d'un kyste du foie ;

5° Brinton (*The Lancet*, 4 feb. 1854). Femme vingt-neuf ans, kyste du foie, rupture : prostration. Mort en soixante heures. Autopsie : kyste rompu, le péritoine présentait à peine quelques traces d'inflammation ;

6° Roux (de Brignolles) (*Gaz. Hôp.*, 18 oct. 1855). Homme, vingt-cinq ans, ayant une tumeur de l'abdomen, après un effort. Douleur vive, mort rapide. Autopsie : kyste rompu. Hydatides dans le péritoine ;

7° Duplay et Morel-Lavallée. Homme, quarante-cinq ans. Douleur vive, subite, facies grippé. Pouls abdominal. Mort en cinq heures. Autopsie : kyste de la partie inférieure du foie ;

8° Nicolai (*Allg. Med. Cent. Zeit.*, 1855). Garçon, dix-huit ans, tumeur dans l'hypocondre droit. Reçoit un coup, s'affaisse immédiatement et meurt. Autopsie : deux kystes volumineux dans le foie dont un rompu ;

9° Frerichs (*Tr. mal. du foie*). Femme, vingt-six ans. Chute du haut d'un escalier. Mort un quart d'heure après. Deux kystes hydatiques du foie dont l'un affaissé ;

10° Williams (*Med. Soc. of Victoria. Australian medic. journal*, 1885), mort quatre-vingt-dix-neuf heures après.

Ce qui prouve que le pronostic porté par Hirschson n'a cessé d'être vrai : « La rupture d'un kyste hydatique dans le péritoine doit y être envisagée avec terreur. »

Mais il y a une grande distinction à faire à ce point

de vue. Le plus souvent un malade, après avoir présenté les symptômes signalés plus haut, se remet peu à peu, parfois même très vite, au bout de quelques heures, et continue son train de vie ordinaire. Dans ce cas le liquide épanché, bile ou liquide hydatique est aseptique. La mort subite ou rapide survient surtout quand le contenu du kyste est septique, bile, pus, liquide hydatique ou sang. Une péritonite violente survient alors qui enlève le malade très vite. Alors que dans le premier cas la péritonite peut manquer et la guérison survient rapidement, 11 fois sur 13 (Finsen).

Ajoutons que le liquide hydatique a des propriétés toxiques qui entrent en jeu et peuvent causer la mort.

L'urticaire est une manifestation légère de l'intoxication hydatique.

Le liquide hydatique contient des produits toxiques (ptomaines pour Mourson et Schlagdenhauffen, substances albuminoïdes se rapprochant des toxalbumines pour Viron.) Dans un cas rapporté par M. Chauffard (31) on trouva des traces d'une matière albuminoïde paraissant appartenir au groupe des mucines et aucun alcaloïde. Deux cobayes et un lapin, qui reçurent le liquide hydatique, les uns en injections intra-péritonéales, l'autre en injections intra-veineuses, ne présentèrent aucun accident, ce qui déjà avait été mis en relief par d'autres expérimentateurs (Vidal, Kirmisson, Korach).

D'autres auteurs ont pu constater chez des ani-

maux et dans certaines conditions non précises des effets morbides variables tels que : fièvre, mouvements convulsifs plus ou moins généralisés, respiration ralentie par difficulté de l'inspiration.

La question mériterait d'être traitée plus à fond, mais nous ne le pouvons dans ce court travail, et nous donnons ici l'opinion de M. Chauffard qui « considère que la toxicité absolue est primée par la toxicité relative qui est subordonnée à la réactivité individuelle du sujet ; la réaction individuelle, l'idiosyncrasie du sujet prime en importance la composition même du liquide ». D'un autre côté M. Tédénat (18) reste sceptique à l'endroit de l'intoxication hydatique et estime que la preuve n'est pas complètement faite.

Toujours est-il que cette intoxication se traduit par des signes qui peuvent entraîner la mort : collapsus, syncope, dyspnée, crises d'asphyxie. Elle peut comme Villemain le fit dans un cas relaté par Delbet, être prise pour une hémorragie intra-péritonéale (le pouls était ralenti au lieu d'être accéléré).

Ainsi donc la mort peut survenir, mais le plus souvent tout rentre dans l'ordre. Par malheur il y a d'autres accidents et complications qui succèdent à la rupture du kyste, entre autres : l'échinococcose secondaire, la pseudo-tuberculose échinococcique le cholépéritoine hydatique.

La cholépéritoine hydatique qui va faire le sujet de thèse d'un élève de M. Devé a été exposé de façon magistrale dans un article publié par cet auteur dans la *Revue de Chirurgie* (juillet 1902). Nous ne pou-

vons qu'emprunter les grosses lignes à cet excellent travail.

Cette complication consiste dans l'épanchement, dans le péritoine, de bile à la suite d'une rupture des voies biliaires extra ou intra-hépatique, lié à la rupture des kystes hydatiques du foie.

Le début ressemble à celui que nous avons exposé dans notre étude clinique antérieure : début brusque d'habitude, douleur vive, allant rapidement en s'atténuant, ballonnement du ventre, cachexie rapide due à cette cholérragie interne continue. A la période d'état on constate les signes d'une ascite banale, avec absence de douleurs, de vomissements, de troubles digestifs, de fièvre.

Cette cholérragie peut se compléter d'échinococose secondaire du péritoine et d'infection de la poche kystique.

Le diagnostic ne se fait que par la ponction. Le traitement sera exposé plus bas.

A côté de cette complication se place l'échinococose secondaire. Depuis la thèse de Devé, en 1901, l'accord est complet.

Dès 1787 John Hunter formulait à l'occasion d'un cas d'« anurie due à une collection d'hydatides entre le col de la vessie et le rectum », l'hypothèse que ces hydatides devaient s'être formées par suite de la rupture d'un kyste du foie ou de la rate, dont le contenu se serait accumulé en vertu de la loi de la pesanteur dans le petit bassin, où les vésicules filles n'auraient pas tardé à s'enkyster et à se développer.

Mais ce fut Volkmann surtout qui, en 1877, développa cette idée au VI^e Congrès de Chirurgie allemande que les hydatides semées à la surface de la séreuse abdominale étaient le point de départ de nouveaux kystes. Des preuves cliniques et expérimentales vinrent à l'appui de cette théorie.

Lebedeff et Andreef, en 1889, les premiers, démontrèrent la possibilité de cette greffe avec deux cas positifs sur deux expériences. Stadnisky, en 1890, eut une seule expérience positive sur quinze. Riemann, en 1899 obtenait quatre résultats positifs et disait : « Les vésicules filles qui tombent dans la cavité péritonéale non seulement y restent en vie, mais encore augmentent de volume et même peuvent former des capsules prolifères et des vésicules petites filles. »

Devé, en 1901, apporte une expérience à la Société de Biologie et deux dans une note à la Société de Chirurgie : toutes positives. Il continue cette étude et apporte enfin sa conviction dans une série d'articles à la Société de Biologie.

Au point de vue clinique Peyrot, dans la séance du 7 mars 1900 à la Société de Chirurgie, admettait depuis longtemps l'invasion du péritoine par les hydatides à la suite de la rupture d'un premier kyste et ajoutait : « Il suffit vraisemblablement pour que la greffe se produise que dans le liquide répandu se trouvent quelques scolex. » M. Potherat le 14 mars avança qu'un kyste hydatique ne pouvait ni par son liquide, ni par ses vésicules filles, ni par ses scolex reproduire un kyste hydatique, que la doctrine de

l'auto-infection, consacrée par Wolkmann reposait sur une erreur zoologique et devait être conséquemment rejetée par la pathologie. Dans sa thèse cet auteur expliquait cette greffe par les « manifestations multiples à des périodes variées d'évolution, d'une même intoxication parasitaire ou d'intoxications répétées. » Ricard cita un fait dans la même séance pour admettre la greffe.

Broca rapporte une observation très nette à ce sujet : un enfant atteint d'un gros kyste hydatique du foie tomba en jouant, ce qui détermina la rupture immédiate de son kyste. Un an après M. Broca dut l'opérer et reconnut au cours de l'opération l'existence de nombreux kystes greffés sur le péritoine.

MM. Quénu, Michaux, Tuffier rapportèrent des cas semblables.

Constatons que ces kystes secondaires éclosent partout dans l'abdomen mais l'épiploon est le plus souvent atteint. L'épiploon en effet très vasculaire fournit un milieu très favorable au développement de l'hydatide. Placé comme un filet au-devant et au-dessous des viscères abdominaux, il recueille facilement les hydatides.

Mais on en rencontre dans le bassin et même dans le canal vagino-péritonéal quand il persiste.

Si nous avons insisté sur ce point, c'est pour montrer que l'idée si bien établie actuellement ne l'a pas été sans lutte. Depuis la thèse de Devé la question est au point et satisfait tout le monde.

A côté de cette complication se range la « pseudo-

tuberculose échinococcique », comme l'appelle M. Devé. Dans l'une des quatre observations de M. Gavre, relatées par Riemann, ce dernier nous annonce qu'à l'autopsie d'un de ces malades, il constata une tuberculose miliaire du péritoine causée non par le bacille de Koch, mais par des débris de membranes hydatiques. Quénu dans un cas « trouva d'une part un kyste hydatique du foie, et d'autre part une éruption de granulations tuberculeuses du péritoine. » De Quervain et Debove citent également chacun un cas.

Il faut bien connaître cette complication qui peut et a fait tromper quelques chirurgiens.

Elle se présente sous l'aspect de granulations miliaires, blanchâtres, translucides, enchâssées à la surface de la séreuse, rappelant de tous points, et par leurs caractères objectifs et par leur dissémination, les lésions de la péritonite tuberculeuse (Dève).

Enfin comme complications signalons l'occlusion intestinale par compression du côlon, constatons que, véritables tumeurs du petit bassin, les kystes secondaires peuvent comprimer le rectum, les uretères, la vessie et qu'au point de vue obstétrical peuvent être une cause de dystocie, comme le prouve cette observation de Champetier de Ribes :

« Femme de vingt-six ans chez laquelle l'accouchement par les voies naturelles était impossible, en raison de la présence, dans l'excavation pelvienne d'un très grand nombre de kystes hydatiques. On lui

fit une opération césarienne avec hystérectomie. Guérison de la mère et survie de l'enfant. »

Il nous reste à parler d'une dernière complication : la suppuration des kystes hydatiques. D'abord il est avéré que les ponctions suffisent parfois à infecter le kyste. Les ponctions amènent presque infailliblement la suppuration du kyste : si le contenu de ce dernier est généralement stérile, il n'en est pas de même de sa coque, laquelle contient de nombreux microbes. Ceux-ci à la première effraction de la paroi vont infecter le kyste. Il est facile de concevoir que si ce kyste est infecté par des ponctions ou pour d'autres raisons : communication avec les voies biliaires, ou pénétration du bactérium-coli, la grippe elle-même (Raffi) (30), la péritonite enlèvera le malade en peu de temps : donc complication excessivement grave.

Le liquide hydatique normalement aseptique constitue un milieu de cultures favorables aux différents microbes pyogènes.

Cette question de la suppuration des kystes hydatiques a donné lieu à d'importants travaux. MM. Hallé et Bacaloglu, dans un cas de kyste du foie à suppuration fétide, ont constaté la symbiose microbienne aérobie et anaérobie. Lippmann dans un cas trouva le pus strictement anaérobie et isola trois espèces microbiennes : un streptocoque anaérobie, gardant le Gram, troublant uniformément la culture, streptococcus tenuis ; le staphylococcus parvulus ; une seule espèce bacillaire, le bacillus

nebolus. MM. Gilbert et Weill ont publié également un cas à la Société de Biologie. Si ces kystes suppurés ne sont pas arrêtés par des adhérences, une péritonite généralisée fatalement mortelle entraîne le malade. Parfois même sa mort survient tardivement, ainsi que le prouve l'observation de MM. Debove et Soupault. « Complément d'une observation faite le 9 décembre 1892. La malade était sortie de l'hôpital dans un état qui permettait d'observer une guérison définitive. Plus tard elle revint avec des signes de *péritonite chronique*. Une ponction faite sur une des masses tuméfiées permit de retirer 20 grammes environ d'un *pus jaunâtre, d'odeur infecte*. L'examen microscopique révéla la présence des microbes ordinaires de la suppuration, mais ne permit pas de découvrir aucun débris hydatique. Une intervention chirurgicale fut jugée nécessaire. La mort survint le soir même de l'opération. »

L'autopsie a montré qu'il s'agissait de *petits kystes hydatiques suppurés*.

Les kystes hydatiques suppurés du foie en occasionnant des abcès sous-phréniques qui, s'ouvrant dans le péritoine, peuvent ainsi être rattachés à notre question.

Nous voyons dans quelques statistiques (Novack) sur 80 cas d'abcès sous-phréniques, 8 dus à des kystes hydatiques ; sur 63 cas, 9 dus aux kystes hydatiques (Lang) ; dans la thèse de Martinet sur 130 cas il en rapporte 9. M. Kœrte au XXXI^e Congrès allemand de Chirurgie (Berlin, 1902) cite 3 cas de kys-

tes hydatiques suppurés ayant amené cette complication.

Il serait intéressant d'approfondir ce point de la question, malheureusement nous sommes limité par notre sujet et renvoyons pour tous les renseignements à l'excellente thèse de Martinet et abordons l'étude du diagnostic.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est généralement facile. La douleur subite, violente, la disparition de la tumeur, l'envahissement du ventre par le liquide, l'urticaire, sont des preuves évidentes surtout avec la connaissance de l'existence d'un kyste hydatique du foie.

Il est plus difficile de se prononcer lorsque l'existence du kyste est passée inaperçue, lorsque les signes de rupture n'ont pas attiré l'attention du malade, dans les formes frustes par exemple. Alors la ponction de l'abdomen et surtout la laparotomie font porter le diagnostic. C'est dans ce dernier cas surtout que l'on peut se tromper et il faut savoir que dans nombre d'affections on trouve de l'ascite. Le diagnostic est d'autant plus difficile que parfois le kyste consécutif à la rupture a mis longtemps à évoluer. Dans un cas de Tuffier et Barbarin (*Bull. Soc. Anat.*, 1898), le kyste mit dix ans à évoluer dans l'abdomen.

Les tumeurs bénignes de la région, les myxomes du bassin, les tumeurs malignes, les péritonites cancéreuse, tuberculeuse, enkystée, les tumeurs du médiastin, les kystes multiloculaires du bassin,

l'hydronéphrose, le rein flottant, les fibromes utérins, les salpingites, salpingo-ovarites sont autant de maladies qui peuvent égarer le diagnostic. Les ascites bilieuses sont à différencier, car il y a deux ordres d'épanchements intra-péritonéaux renfermant de la bile. La bile parvient indirectement par voie sanguine, à cette catégorie se rattache l'ascite bilieuse proprement dite ; ou elle y parvient directement par rupture des voies biliaires extra ou intra-hépatiques à cette seconde catégorie se rattachent la péritonite biliaire et le cholépéritoine. Là encore il y a le cholépéritoine lié à « la rupture des conduits biliaires ou de la vésicule, consécutive aux traumatismes sans plaie de la région abdominale » (Routier) ; mais il y a le cholépéritoine lié à la rupture des kystes hydatiques du foie (hydato-cholépéritoine de Devé).

Le kyste peut se détacher du foie et tomber dans l'abdomen sans se rompre ainsi que le montre un cas rapporté par M. Guibal, de Béziers, dans le *Bulletin de la Société anatomique* (mars 1905).

La rupture spontanée peut être diagnostiquée rétrospectivement par des anamnétiques de péritonite. L'apparition d'un urticaire, l'aspect flétri ou cicatriciel d'un kyste (Cheinisse).

Depuis quelque temps on a recours à un procédé qui donne de bons résultats dans la recherche d'un kyste hydatique. Depuis MM. Darguin et Tribondeau qui ont insisté sur la valeur de l'examen leucocytaire du sang au cours du kyste hydatique et ont attiré l'attention sur la présence d'une éosinophilie

marquée (Société de Biologie, 29 octobre 1901) depuis les communications de M. Tuffier à la Société de Chirurgie et les travaux de M. Sabrazès de Bordeaux qui vient de faire sa thèse sur ce sujet à M. Brouqueyre, on a recours à l'hémodiagnostic.

Écoutons M. *Memm (de Sienne)*. « Chez 12 sujets atteints de kyste hydatique du foie j'ai observé une éosinophilie variant de 5 à 20 0/0. Ce fait a une grande valeur au point de vue du diagnostic différentiel, car une éosinophilie aussi considérable ne se rencontre pas dans les affections qui peuvent être confondues avec les kystes hydatiques. C'est ainsi que les éosinophiles faisaient défaut chez deux individus porteurs de tumeurs simulant des kystes.

Cette éosinophilie doit être mise en rapport avec *les produits des échanges organiques du parasite* ; en effet, j'ai pu le *reproduire expérimentalement* en injectant du liquide hydatique à des animaux. »

En 1902 M. Tuffier (59) communiqua le résultat des recherches qu'il avait entreprises avec M. Milian sur la valeur de l'examen du sang dans les cas de kystes hydatiques.

Ces recherches ont montré qu'en pareil cas et quel que soit le siège du ou des kystes hydatiques (foie, poumon, épiploon, etc..) il y a constamment une hyperglobulie et une hyperleucocytose polynucléaire avec éosinophilie.

Toutes les fois que cette formule se montre en défaut, on peut dire qu'on se trouve en présence d'une complication quelconque du kyste. C'est ainsi

que dans un cas où l'examen du sang décelait une anémie marquée et une mononucléose sans éosinophilie, ils trouvèrent un kyste suppuré : il en était de même dans un autre cas où le sujet présentait un ictère très accentué. Ces faits s'expliquent par les modifications que les suppurations et la présence des pigments biliaires apportent dans la composition du sang. *Dans un cas cependant l'examen du sang a donné lieu à une erreur.* Chez un sujet présentant très nette la formule hématologique ci-dessus, on avait cru pouvoir diagnostiquer un kyste hydatique de la cuisse ; or il s'agissait d'un *myxome*.

On peut donc dire, en l'état actuel des recherches, que cette formule est exacte dans la grande majorité des cas (1 fois sur 12 examens faits) et qu'elle peut être utilisée avec le plus grand bénéfice par les chirurgiens pour le diagnostic des kystes hydatiques dans les cas où nos moyens habituels d'exploration se montrent impuissants ou incertains.

Nous lisons encore un nouveau moyen de diagnostic dans un ouvrage récent (41) sous la signature de M. Lœper :

« La recherche de la réaction iodée dans les scolex du liquide aspiré, dans la couche interne des jeunes hydatides, dans la membrane germinale du kyste permet, quelle qu'en soit l'apparence, quelque louche que soit le liquide, quelque flétries que soient les vésicules, d'affirmer la vitalité d'une échinococcose quelconque (1).

1. Si l'on met sur une préparation fixée par l'alcool une

Quant à diagnostiquer le siège de la rupture du kyste, rappelons que les kystes du foie sont surtout supérieurs ou antéro-inférieurs.

La ponction nous renseignera, et surtout la laparotomie, sur la nature du liquide : bile, pus ou sang.

Mais le kyste au lieu de s'ouvrir dans le péritoine peut s'ouvrir dans les voies biliaires, dans les voies sanguines, dans la plèvre, le péricarde, etc. Il serait trop long d'étudier en détail ces diverses modalités étudiées d'ailleurs par MM. Oppenheim (60) et Pelletier (61) qui ont fait leur thèse, le premier sur les kystes hydatiques du foie communiquant avec les voies biliaires, le second sur leur ouverture dans les veines cave et sus-hépatique. Les symptômes étudiés dans notre étude clinique feront faire le diagnostic différentiel.

En terminant ce chapitre, disons que le pronostic est assez sévère. Si la mort ne survient pas subitement ou rapidement, si même les accidents sont parfois bénins, il ne faut pas oublier que des complications sérieuses, échinococcose secondaire surtout enlèvent le malade dans un temps plus ou moins rapproché et que le traitement lui-même dans ce cas n'est que palliatif.

goutte de gomme iodée et qu'on l'examine au microscope, on peut constater que certains de ces éléments (scolex) se teignent nettement en rouge brun, par l'iode, ceux-ci uniformément, ceux-là de façon granuleuse et que les autres ne fixent successivement l'iode et restent jaunâtres. La réaction indique la présence de glycogénèse : les éléments malades ne prennent pas la coloration brune.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons vu que la mort survenait soit par péritonite, par intoxication hydatique, cachexie, par suppuration du kyste, ou enfin par les progrès de l'échinococcose secondaire, que trouverons-nous donc sur le cadavre comme lésions ?

Le liquide que l'on trouvera à l'autopsie peut être limpide ou louche, stérile ou pas, ce sera du pus, de la bile, du sang ou du liquide hydatique. Nous y trouverons des globules rouges, blancs, des éosinophiles, des scolex, des lambeaux de cuticule.

Le liquide hydatique peut se présenter surtout aussitôt après la rupture avec son aspect clair « eau de roche », qui frappe l'esprit et se fait reconnaître aussitôt. De densité oscillant entre 1007 et 1015, avec un point cryoscopique entre $\Delta = 0,53$ et $\Delta = 0,70$, ce liquide ne renferme pas d'albumine mais des sels minéraux, 5 à 10 grammes par litre de chlorure de sodium, du phosphate et du sulfate de soude, des substances organiques, principalement de l'acide

succinique et du sucre. Comme nous l'avons vu, il renferme des substances toxiques, ptomaïnes ou albuminoïdes.

Mais souvent on trouve la bile associée avec ce liquide, jamais de la bile pure. « L'aspect louche, trouble, la couleur jaunâtre ou franchement verdâtre quelquefois brunâtre, fera penser au cholépéritoïne. La saveur amère, absence d'odeur, la réaction neutre ou un peu alcaline, la densité entre 1015 et 1028, des chlorures en grande abondance, des phosphates et de l'urée en petite abondance, des cholates et des taurocholates, des graisses et acides biliaires (10/0) des pigments biliaires. Au microscope des granulations réfringentes, des globules blancs, quelques hématies, dans certains cas « en quantité colossale, de petits blocs d'un beau jaune d'or qui ne sont autre chose que du pigment biliaire » (Richard), tels sont les caractères de ce liquide (Devé) (6).

Enfin on rencontre surtout dans les cas de rupture d'abcès sous-phréniques consécutifs à des kystes hydatiques exclusivement du pus.

Mentionnons en passant que l'épanchement a tendance à se faire dans le côté droit de l'abdomen.

Si maintenant nous examinons la tumeur elle-même, nous constatons dans notre observation à l'ouverture du cadavre une vaste poche kystique qui, située dans la partie droite de l'abdomen, s'étendait en haut jusqu'au diaphragme, en bas dans le petit bassin, en avant à la peau, en arrière au bassin avec la masse intestinale et le foie. A gauche les organes

avaient été refoulés et les adhérences unissaient l'intestin avec le foie, l'estomac et la vessie.

On constate sur la paroi postérieure un orifice de communication à la face supérieure du foie, presque au niveau du ligament coronaire, qui conduisait dans une seconde poche à parois scléreuses contenant trois kystes : l'un flétri, infiltré de pigments biliaires, en partie lacéré était la cause de rupture. Un deuxième, d'ouverture récente, coulait encore et peut-être causé par l'autopsie, enfin le troisième était intact.

L'orifice de communication était petit, situé en haut et en arrière.

Sur une pièce présentée par M. Riss, le kyste était situé dans le lobe gauche du foie, il s'était « vidé entièrement et une nouvelle poche s'était organisée dans la cavité péritonéale ayant provoqué des adhérences multiples empêchant toute dissection. »

Le liquide suivant sa nature peut déterminer soit une péritonite (cas de Bouilly et de Beckmann), alors on trouve les lésions de cette affection. A l'autopsie on constatera facilement encore que le kyste hydatique est perforé comme dans notre cas, dans ceux de Duchaussoy, de Kholchtchevinkor. On pourra faire le diagnostic rétrospectif par les cicatrices que présentera le foie (cas de Frassins), on trouvera une poche kystique ancienne, vide et affaissée, contenant des vésicules flétries (cas de Van Volkmann et de Beckmann) et communiquant par une ulcération avec la cavité du péritoine (cas de Richard) ou par un orifice avec les voies biliaires (Charcot).

Signalons enfin les lésions éloignées : lésions d'échinococcose secondaire, de pseudo-tuberculose échinococcique, nous avons assez insisté sur ce chapitre pour ne pas y revenir.

TRAITEMENT

Après deux ponctions nous voyons dans notre observation que la laparotomie fut faite sans bénéfice pour la malade qui mourut quelques jours plus tard. Il est vrai qu'ici le cas était peu favorable pour l'intervention. Dans nombre de cas heureux, la malade a une survie assez longue.

La laparotomie est la seule méthode de choix avec toilette, drainage de la cavité péritonéale et asepsie rigoureuse pendant toute la durée du traitement.

Lawson-Tait disait : « En présence d'une péritonite grave, je me préoccupe médiocrement de sa cause et de sa nature. J'ouvre d'abord largement le ventre et je me conduis ensuite suivant les indications fournies par l'inspection directe. »

Quelles sont les indications ? Si le ventre est rempli de kystes secondaires, il faut enlever ceux qui gênent le plus. Ainsi si un kyste produit de l'occlusion intestinale, il faut l'enlever. Si l'épiploon est bourré de kystes, le réséquer.

De nombreuses thèses (Braine, Demars, Potherat, Baraduc, Morin) ont été faites sur ce sujet, chacune soutenant les idées exclusives de l'auteur ou d'un

maître. Il serait oiseux de signaler les particularités de chacun. Retenons seulement que la laparotomie est l'opération par excellence.

Vegas et Cramwell relatent 26 observations de kystes de l'abdomen ; ce sont eux qui offrent le pronostic le plus sombre, car ils sont très souvent multiples et l'intervention demeure forcément incomplète, aussi les guérisons signalées ne sont-elles bien souvent que des guérisons opératoires. Sur ces 26 cas, 10 morts, 9 guérisons, 3 améliorations, 2 états stationnaires, 2 autres faits sans résultat connu.

On voit donc que les résultats ne sont pas brillants. Aussi tâchons de prévenir la rupture.

Il y a un traitement préventif. Un kyste est reconnu dans le foie, il faut aussitôt que possible l'opérer. Rappelons ici ce fait signalé dans le journal de M. Hayem (63) : « Rupture traumatique d'un kyste hydatique du foie, mort » (Rushton Parker). (*Brit. med. Jl.*, p. 781, 1897).

Jeune fille de dix-sept ans et demi. Tumeur abdominale du volume d'un utérus gravide de six à sept mois, mais indépendante de l'utérus. Douleur et aménorrhée depuis six mois. On pense à une tumeur de l'ovaire. Les troubles digestifs disparurent, la santé redevint excellente, et la tumeur semblait ne pas avoir de volume ; on s'abstint d'intervenir. Un an après à la suite d'une chute, la malade fut prise de malaises et de vomissements et mourut une demi-heure après. Le foie renfermait six kystes hydatiques contenant des vésicules filles. « Ce qui prouve qu'il

faut intervenir. Grâce à l'opération, cette jeune fille aurait pu vivre longtemps encore probablement.

Un kyste peut guérir spontanément parfois comme le prouve l'observation suivante (64) par transformation crétacée de sa paroi : « Ancien kyste hydatique du foie, lithiasé biliaire, par Cotte, interne des hôpitaux. Sur la face convexe de l'organe, il existait en même temps une *poche remplie d'une matière caséuse* dont les parois calcifiées attiraient l'attention. M. Dor fit l'examen de ce kyste au laboratoire de M. le professeur Poncet et reconnut l'existence de débris hydatiques et de crochets d'échinocoques tout à fait caractéristiques (*Lyon méd.*, 1905). »

Ces faits sont bien connus aujourd'hui. Mais il faut mieux ne pas escompter cette chance. Quelle méthode employer ?

Après les discussions nombreuses il semble, à l'heure actuelle, que presque tous les chirurgiens soient d'accord sur la marsupialisation dans les cas de kystes suppurés ou à paroi crétacée. La réduction sans drainage dans les cas ordinaires.

M. Quénu, suivant les indications de M. Devé, injecte dans la poche hydatique une solution de formol à 10/0 après avoir retiré plusieurs centaines de grammes de liquide hydatique si possible, en quantité égale au liquide hydatique retiré qu'il laisse en contact cinq minutes avant d'ouvrir la poche. Cette manœuvre tuerait les hydatides et rendrait le liquide hydatique inoffensif pour la séreuse péritonéale.

M. Marion dans un travail récent publié dans les

Archives de Médecine se montre peu partisan de la méthode de réduction sans drainage et se rallie à la méthode des chirurgiens de Buenos-Ayres qui consiste dans la marsupialisation avec drainage. Cet auteur relate sept faits personnels avec mort ou accidents graves. Il préconise une nouvelle méthode appliquée par Mabit et qui consiste en la résection de la poche et contact intime des deux lèvres de la section ainsi faite avec le fond de la poche. Nous citons sa conclusion : « Dans les cas où l'on peut aborder toute l'étendue du kyste et où la paroi ne dépasse pas comme épaisseur deux centimètres, je suis résolu, désormais, à tenter la résection des parois de la poche, qui a si bien réussi à Mabit, et qui dans un cas m'a donné un plein succès. Pour les autres kystes, peu nombreux, où cette résection est impossible, je reviendrai, crainte d'accidents à la marsupialisation. Pour les kystes suppurés, toujours la marsupialisation. »

En dehors de ces traitements préventif et palliatif il y a une prophylaxie des kystes hydatiques du foie et c'est par là que nous terminons. M. Derocque dans la *Normandie médicale* propose ces trois statuts :

1^o Saisie d'office dans les abattoirs et destruction effective (par incinération) de tout viscère envahi par les échinocoques ;

2^o Réglementation stricte de l'entrée des chiens dans les abattoirs urbains ;

3^o Affiches dans les abattoirs, indiquant le danger à donner aux chiens et aux chats les viscères contaminés.

OBSERVATION I

Kystes hydatiques du foie. — Ouverture spontanée dans le péritoine (I).

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure. La malade a un chien.

Histoire de la maladie. — M^{me} X..., est envoyée par le Dr Clément au Dr Carnot le 8 juillet dernier à la consultation de l'hôpital Broussais. La maladie a débuté il y a trois ans. A ce moment la malade s'aperçoit de l'existence d'une tumeur dans l'hypocondre droit. Cette tumeur augmentait peu à peu sans souffrance, quand brusquement il y a trois semaines la malade, en faisant son ménage dans sa cuisine, ressent un chatouillement dans le dos. Croyant à une plaisanterie elle se retourne et alors sent une masse se soulever puis retomber dans le ventre : « Flac », disait-elle, pour traduire l'impression que lui avait causée cet accident. En même temps elle sent sa tumeur diminuer et son ventre augmenter. Ces sensations subjectives sont très nettes. Ajoutons qu'elle eut des vertiges, des sueurs, des vomissements et de l'urticaire trois heures après.

Ces phénomènes durent une ou deux heures puis la malade se remet. Le ventre continuant à augmenter la malade fut alors adressée à M. Carnot qui la montre à M. le professeur Gilbert.

A l'examen cette femme est amaigrie considérablement.

Elle présente une pigmentation très marquée à la face surtout où on voit une lunette pigmentaire des plus nettes, de nombreuses taches de lentigo et une coloration jaunâtre des

I. Nous remercions vivement M. Carnot qui a bien voulu nous donner les détails de cette observation.

joues. La pigmentation est également accentuée au niveau du mamelon et de la ceinture.

Les conjonctives sont légèrement jaunes, depuis trois ou quatre mois nous dit la malade. La malade, jaune avant les accidents aigus, le devint davantage après. Actuellement la teinte disparaît. Pas de xanthodermie palmaire.

On constate des varicosités au niveau des membres inférieurs. Pas d'œdème.

L'abdomen est volumineux, distendu, et présente une légère circulation collatérale. La palpation est douloureuse.

On ne perçoit ni le foie ni la rate.

A la percussion on a de la matité dans la partie inférieure et dans les flancs, et on a la sensation de flot.

Le système musculaire est très peu développé, les cheveux et le système pileux sont très noirs.

Appareil digestif: Appétit très diminué, dégoût des matières grasses, plus de vomissements, pas de diarrhée. selles décolorées (la malade ne prend que du lait) pas d'hémorroïdes.

Appareil respiratoire: Rien à noter.

Appareil circulatoire: Les battements sont rapides, petits, sans intermittences ni faux pas.

Le pouls est petit et très mou.

Le professeur Gilbert conseilla alors une ponction qui fut faite le 10 juillet à 6 heures du soir.

On retira 2 litres $1/2$ de liquide et un échantillon fut recueilli avec les précautions aseptiques d'usage par le Dr Clément. La malade au moment de la ponction présentait un état général grave, avec pouls très petit et lypothymie.

M. le Dr Lereboullet a eu l'obligeance de nous donner l'examen complet de ce liquide

C'était un liquide bilieux, de coloration verdâtre, avec réaction de Gmelin, avec une grande quantité de fibrine et d'albumine. L'examen cholélimétrique, fait par le Dr Herscher donna 1/2500 de bilirubine.

Au microscope on constata des hématies éosinophiles et quelques hématies. Après fixation à l'alcool-éther, on reconnut une leucocytose abondante ou polynucléose, mononucléose et de très nombreux éosinophiles.

L'éosinophilie très intense fut évaluée à 50 o/o environ du culot leucocytaire et était ainsi la signature de la nature hydatique, car il n'y avait pas de crochets (1).

Une seconde ponction fut faite quinze jours après et donna un liquide plus clair et stérile. La malade ne peut rien manger et se cachectise de plus en plus. Elle entre alors à l'hôpital dans le service de M. Potherat remplacé alors par Le Dr Duval, lequel préconisa l'opération immédiate. La laparotomie fit évacuer une poche pleine de liquide verdâtre avec débris d'hydatides. Mais la malade mourut quelques jours plus tard, deux mois et demi après la rupture.

Autopsie. — A l'ouverture du cadavre sur la ligne médiane on tombe à droite sur une énorme cavité kystique s'étendant en haut jusqu'au diaphragme, en bas dans le petit bassin, en avant à la peau, en arrière au bassin avec la masse intestinale et le foie. A gauche les organes avaient été refoulés et les adhérences unissaient l'intestin avec le foie, l'estomac et la vessie.

On constate sur sa paroi postérieure de cette poche un ori-

1. Cette analyse a été déjà indiquée dans sa thèse sur l' « Eosinophilie locale et générale dans les kystes hydatiques » par le Dr Ch. Brouqueyre (Thèse, Bordeaux, 1905-1906, p. 76).

fice de communication à la face supérieure du foie, presque au niveau du ligament coronaire qui conduisait dans une seconde poche.

Le foie était refoulé en avant et en bas et était dégénéré et rétracté sur lui-même.

Cette seconde poche à parois scléreuses contenait trois kystes hydatiques : l'un flétri, infiltré de pigments biliaires, en partie lacéré était la cause de la rupture. Un deuxième, d'ouverture récente coulait encore. Le troisième était intact.

L'orifice commun de cette poche avec la grande cavité était petit et situé en haut et en arrière. La disposition des parties coïncidait très remarquablement avec les sensations subjectives ressenties par la malade et notamment avec la description de la rupture de la poche de cette « rupture en Geyser », comme disait M. Gilbert, qui avait pensé que le kyste devait s'être rompu à la face supérieure.

OBSERVATION II

(Tardieu. — *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1854, 2^e série, t. II.)

2 septembre 1851. — Nous avons procédé à l'autopsie de la dame L... qui avait succombé très rapidement en proie à des vomissements incoercibles et à des souffrances intolérables, à la suite de circonstances qui pouvaient autoriser une suspicion d'empoisonnement ; elle avait été surprise en flagrant délit d'adultère.

L'examen cadavérique révéla une toute autre cause de mort

qui ne pouvait laisser place au doute, un kyste hydatique du foie rompu dans le péritoine où il avait déterminé une *inflammation suraiguë*.

OBSERVATION III

(Riss. — *Marseille médical*, 211, 1901.)

Kyste hydatique du foie ouvert dans la cavité péritonéale.
Présentation de la pièce.

On sait que cette complication des kystes hydatiques du foie n'est pas très fréquente puisque, d'après Davaine et Frerichs, on ne l'observerait que dans la proportion de *10 sur 81*. Dans le cas qui nous occupe, il s'agissait d'une femme de *quarante-cinq ans*, entrée à la fin du mois de décembre dernier dans le service de notre maître, M. le professeur Combalat. Dans le courant de l'année 1899, *cette femme s'était aperçue* qu'une tumeur se développait chez elle, dans la région de l'hypocondre gauche, nous disait-elle. Elle garda pendant un an cette tumeur qui ne la faisait nullement souffrir. Un beau jour elle *éprouve brusquement une violente douleur*, et la douleur *disparaît comme par enchantement*. Mais il se produit aussitôt une forte poussée *d'urticaire*. La poche s'était rompue dans la cavité péritonéale ; le liquide n'étant pas suppuré, les accidents se bornaient à des phénomènes d'intoxication hydatique. Mais les hydatides, continuant leur évolution, se greffaient dans la cavité péritonéale et une nouvelle tumeur se formait en pleine cavité abdominale, déterminant la malade à entrer à l'hôpital. On l'examine et on constate effectivement la présence d'une

tumeur volumineuse, liquide, inerte en tous les points, occupant toute la cavité abdominale.

L'état général est médiocre. On se décide pourtant, sur les instances de la malade, à pratiquer une laparotomie le 2 janvier. L'ouverture de la poche donne issue à environ 25 litres d'un liquide verdâtre. Les parois de la poche sont tellement adhérentes qu'on ne peut songer à les décortiquer. On se contente de faire la marsupialisation.

L'opération fut assez bien supportée, mais la malade s'affaiblit progressivement les jours suivants et trois semaines environ après l'intervention elle mourait, sans avoir présenté à aucun moment de phénomènes de réaction péritonéale.

L'autopsie démontra l'exactitude du diagnostic. Il existait, comme vous pouvez le voir, un kyste hydatique dans le lobe gauche du foie, kyste presque entièrement vidé, et une nouvelle poche s'était organisée dans la cavité péritonéale ayant provoqué des adhérences multiples empêchant toute dissection.

OBSERVATION IV

(P. M., n° 61, 1901.)

Rupture d'un kyste hydatique du foie chez une femme enceinte.

Laparotomie. — Guérison

MM. Bar et Blandin rapportent :

Il s'agit d'une femme, enceinte de trois mois, qui vint à l'hôpital en présentant une *dyspnée intense* qui était survenue brusquement à la suite de la disparition d'une tumeur dure, rénitente, mobile, indolore, qui avait été reconnu auparavant par un médecin.

M. Bar ayant montré cette malade à ses collègues de médecine, l'un diagnostique de l'*asthme*, l'autre de l'*urémie respiratoire*.

Quoique le diagnostic fût difficile, en raison de l'absence de douleurs dans l'abdomen et de pouls péritonéal, M. Bar se décide à faire la laparotomie, qui lui parut indiquée par l'histoire des accidents et par le volume du ventre contenant de l'ascite.

L'intervention montre qu'il s'agissait d'un kyste hydatique rompu dans le péritoine ; il fut enlevé et sa poche marsupialisée.

Malgré une hémorragie secondaire, due à une artériole du tissu hépatique, la guérison survint rapidement.

On s'est donc trouvé ici en présence d'une intoxication hydatique qui s'est produite par une *dyspnée purement toxique* (Soc. d'Obstétrique de Paris, 20 juin 1901).

OBSERVATION V

(Lyon médical, 1^{er} sem. 1905.)

Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale

M. Cavaillon présente, au nom de M. le professeur Jaboulay, une malade opérée pour de multiples kystes hydatiques disséminés dans la cavité abdominale.

Il s'agit d'une femme de *trente-deux* ans, qui n'a présenté aucun incident notable dans ses antécédents ; on n'y relève *aucun trouble digestif* et *pas d'éruption à type urticarien*. Un mois avant son entrée à l'hôpital, cette femme ressent *brusquement* une *douleur violente* dans l'abdomen, accompagnée de

vomissements, d'arrêt de matière, de ballonnement du ventre et d'élévation de la température. Pendant huit jours, persiste cette scène péritonéale qui s'amende peu à peu sous l'influence d'un traitement médical. Mais depuis, il a persisté un état douloureux et de gêne dans l'abdomen ; d'autre part, cette malade a subi un amaigrissement de 8 kilogrammes ; elle a perdu ses forces et pris un teint jaune ocreux. A son entrée on constate dans les deux fosses iliaques, au-dessus des arcades de Fallope, des masses régulièrement arrondies, assez mobiles, non douloureuses, dont quelques-unes donnent la sensation de fluctuation, on aurait perçu à leur niveau une sorte de frémissement péritonéal, dans l'hypochondre droit ; sous le foie ne paraissant pas faire corps avec lui on sent une masse analogue. D'autre part, l'abdomen est souple, sans résistance, sans point douloureux ni contracture péristaltique.

Au toucher vaginal, le col est refoulé en avant, tout le Douglas est occupé par une masse pseudo-fluctuante, par le palper bi-manuel le fond utérin est difficile à limiter. On pense, en raison de la diffusion des lésions et de la brusquerie du début, à des kystes hydatiques de la cavité, mais ce diagnostic reste hésitant avec celui de kyste de l'ovaire.

Le 16 décembre M. le professeur Jaboulay intervient, trouve le grand épiploon farci de kystes, le résèque, découvre un kyste sous-hépatique, qu'il opère le 5 janvier. Mais *ce kyste est sous-péritonéal*, aussi préfère-t-il le marsupialiser.

OBSERVATION VI

Malade âgée de *vingt-neuf ans* présentait tous les signes d'un kyste hydatique du foie et on sentait dans la portion sous-ombilicale du ventre une masse de kystes arrondis, mobiles, indolores. A intervalles presque réguliers, tous les deux ou trois mois, cette femme présentait des accidents aigus caractérisés par une *douleur violente et subite* dans le ventre, du *ballonnement*, des *vomissements*, un *état lypothymique* ; puis après quatre ou cinq jours, le calme revenait et tout rentrait dans l'ordre. Je la vis à la suite d'une de ces crises ; la tumeur hépatique avait disparu et il était évident que le contenu du kyste du foie s'était rompu dans le ventre, que les masses hydatiques senties dans les portions déclives du ventre étaient des hydatides greffées secondairement. Comme en dehors des crises, la santé générale était bonne, cette malade refusa l'opération que je lui proposais. Elle est morte il y a deux mois, au cours d'une crise plus violente que les précédentes (Guibal, Soc. anat., 10 mars 1905).

OBSERVATION VII

(Tissier-Desfosses. — *Bull. et méd. de la Soc. obst. et gynécol.*,
14 janvier 1897.)

Femme primipare de *trente-six ans*. En 1879, elle fut soignée à l'hôpital Lariboisière pour un kyste du foie qui s'était

brusquement rompu. Le rétablissement fut rapide. Cette femme devint *enceinte* au mois de mai 1895. La grossesse évolua sans complications. Au moment de l'accouchement (24 décembre) *dystocie, rupture utérine, mort.*

Autopsie. — Kystes multiples du péritoine, épiploon rempli de kystes du volume d'un poing ou d'une noix. Le fond de l'utérus est surmonté d'une tumeur kystique du volume d'une mandarine occupant la corne droite. Cette tumeur n'est point développée en plein muscle, mais siège dans la couche cellulaire sous-péritonéale. Kyste analogue à la face antérieure de l'utérus, un peu au-dessous de la vessie. Un kyste situé dans l'épaisseur du ligament large soulève les ailerons et écarte les feuillets séreux, en kyste du cul-de-sac de Douglas qu'il efface en partie.

Le foie, très déformé, porte à sa face inférieure un kyste gros comme une tête d'adulte. *On ne trouve pas la cicatrice du kyste qui s'est rompu en 1879.*

Il nous reste soixante observations environ à ajouter, nous ne pouvons les citer en entier, aussi nous contentons-nous de donner leurs titres avec l'ouvrage dans lequel nous avons pu constater qu'elles réalisaient les conditions énumérées dans notre thèse.

OBS. VIII. — Kyste hydatique du foie. Migration intra-péritonéale de la poche hydatique sans rupture. Ascite. Laparotomie. Guérison, par M. Guibal de Béziers (*Bul. Soc. Anat.*, 1905, p. 190).

OBS. IX. — Kyste hydatique du foie. Greffes hydatiques

dans le péritoine, Martin (*Ball. et Mém. Soc. Ch. de Paris*, 1902).

Obs. X. — Hydatides du foie développées sans symptômes. Péritonite aiguë consécutive à l'ouverture de la poche dans le péritoine. Andral (*Clinique médicale*, 1839, p. 513, tome II).

Obs. XI (*In Davaine*). — Lassus et de La Porte. Rupture spontanée.

Obs. XII (*In Davaine*). — Duplay et Morel-Lavallée. Rupture spontanée.

Obs. XIII (*In Davaine*). — Charcot. Kyste communiquant avec les voies biliaires ; hydatides dans ces conduits ; absence de ces vers dans le kyste.

Obs. XIV. — Péritonite générale obscure. Rupture d'un kyste hydatique du foie. Peyton Beale in *Médecine Moderne*, 1897, p. 531.

Obs. XV. — Kystes hydatiques multiples de l'abdomen, par Havage (*Bull. Soc. Anat.*, 1880).

Obs. XVI. — Kyste hydatique du foie ouvert dans la péritoine. Mansell. Moulin in *Bull. Méd.*, 1892, p. 125.

Obs. 17 (<i>in thèse de Devé</i>)		Schede	Obs. 24
— 18	—	Sklifosowsky	— 25
— 19	—	Cazin-Peyrot	— 27
— 20	—	Kœlpin	— 29
— 21	—	Pinault-Guerbois	— 30
— 22	—	Meissner	— 31
— 23	—	Budd	— 32
— 24	—	Murchinson	— 34
— 25	—	—	— 35
— 26	—	—	— 36
— 27	—	Winckel	— 38
— 28	—	Gratia-Potain	— 39

— 29	—	Debove-Soupault	— 40
— 30	—	Delbet	— 41
— 31	—	Braune	— 42
— 32	—	Riemann	— 43
— 33	—	Dupré-Devaux	— 44
— 34	—	Volkman	— 45
— 35	—	Richard	— 47
— 36	—	Riemann	— 48
— 37	—	—	— 49
— 38	—	Peyrot-Milian	— 50
— 39	—	Bouilly	— 51
— 40	—	Riemann	— 54
— 41	—	Mignon-Lafforgue	— 57
— 42	—	Devé	— 58
— 43	—	—	— 95
— 44	—	—	— 95 <i>bis</i>
— 45	—	—	— 96
— 46	(in Devé <i>Rev. de Ch.</i> , 1902)	Fœrster	— 1
— 47	—	Féréol	— 2
— 48	—	Périer	— 4
— 49	—	Jaboulay et Bret	— 7
— 50	—	De Quervain	— 8
— 51	—	Riemann	— 9
— 52	—	Dupré	— 13
— 53	—	Chomel	— 15

Ajoutons à cette liste les dix cas publiés par Achard dans les *Archives de médecine*, 1888.

CONCLUSIONS

1° L'ouverture spontanée des kystes hydatiques du foie dans le péritoine est relativement fréquente puisque, d'après des statistiques récentes, elle survient dans plus d'un cinquième des cas.

2° La symptomatologie se réduit à plusieurs gros caractères : sensation de déchirure interne, disparition d'une tumeur hépatique, *ascite*, *urticaire*. Parfois quelques signes manquent mais l'urticaire est presque toujours constant.

3° Les complications sont nombreuses : mort subite ou rapide par intoxication hydatique ou par péritonite; accidents relativement bénins si le liquide est aseptique; échinococcose secondaire, pseudo-tuberculose échinococcique, cholépéritoine, abcès sous-phréniques.

4° Le diagnostic, relativement facile, grâce aux signes énumérés plus haut, bénéficie en plus de deux méthodes nouvelles : l'hémodiagnostic caractérisé par une éosinophilie abondante, et la recherche de la glycogénèse.

5° Les recherches anatomiques montreront suivant les cas du liquide hydatique, de la bile, du sang ou

du pus dans le péritoine, seront le meilleur moyen de contrôle du diagnostic feront ainsi reconnaître les lésions secondaires : échinococcose secondaire, pseudo-tuberculose, abcès sous-phrénique, cholérages.

6° Le traitement de choix est la laparotomie. Le traitement préventif consistera à opérer un kyste du foie aussitôt le diagnostic porté. Enfin la prophylaxie de l'échinococcose sera le meilleur préservatif de cet accident.

Vu ; le Président de la thèse,

GILBERT

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

1. BISS. — Marseille Méd., 1901.
2. BAR et BEAUDIN. — Presse Méd., 1901.
3. MARTIN. — Bull. Soc. de Chirurgie de Paris, 1902 (40-42).
4. — — Echo Méd. Toulouse, 1902, 2^e série, 246.
5. DEVÉ. — Thèse, Paris, 1901.
6. — — Revue de Chirurgie, 1902, 67-109.
7. SABRAZÈS. — Gaz hebd. des Sciences de Bordeaux, 1903.
8. ROUQUETRE. — Thèse, Bordeaux, 1905.
9. BASSO. — Thèse, Lyon, 1904.
10. DEVÉ. — Normandie Médicale, 1905.
11. MAUNY. — Thèse, Paris, 1891.
12. JABOULAY. — Lyon Méd., 1905, 1^{er} semestre.
13. CHARCOT. — Soc. de Biologie, août 1854.
14. CADET DE GASSICOURT. — Thèse, Paris, 1856.
15. CHEINISSE. — Semaine Méd., 1902, p. 305.
16. POTAIN. — Gaz. des Hôp., 1877.
17. ALQUIER et LEFAS. — Arch. de Méd., 1901, XII, 211-239.
Maladies du foie : kystes, abcès, tumeurs.
18. FURSTER et GODLEWSKI. — Arch. de Méd., 1905, p. 1294.
19. HAVAGE. — Bull. Soc. Anat., 1880.
20. DAVAINÉ. — Traité des entozoaires, 1877.
21. Semaine Médicale, 1901, p. 376.

22. VUILLIÈME. — Thèse, Paris, 1900.
23. GUILLAINE. — Thèse, Paris, 1899.
24. FÉRAL. — Thèse, Paris, 1900. Des kystes hyd. intrapéritonéaux primitifs ou secondaires.
25. FRERICHs. — Maladies du foie. Trad. franç., 1877.
26. TARDIEU. — Ann. d'hygiène pub. et de méd. légale, 1854, 2^e série, t. II.
27. Dictionnaire de Jaccoud. — Art. Kystes hydatiques par J. Simon.
28. DEVÉ. — Eosinophilie locale de kystes hydatiques. Soc. de Biologie, 7 juillet 1905.
29. — Greffes hydatiques et Rayons X, 24 février 1905.
30. RAFFI. — Thèse, 1891. Pathogénie clinique de la suppuration *in* kystes hydatiques du foie.
31. CHAUFFARD. — Journal de Méd. int., 1901.
32. PORÉE. — Contribution à l'étude de l'intoxication hydatique. Thèse de Montpellier, 1905.
33. P. ALEXINSKY. — L'échinococque de la cavité abdominale et son traitement opératoire (Moscou, 1899).
34. FINSEN. — Les échinococques en Islande. Arch. de méd., 1869.
35. POTAIN. — Symptômes de péritonite consécutive à l'ouverture d'un kyste hydatique du foie dans le péritoine. Gaz. des hôp., 1877.
36. ACHARD. — Arch. de méd., 1888, II, 420-572.
37. RAYMOND (P.). — Kystes hydatiques multiples du foie et du péritoine (en ayant imposé pour de la tuberculose et de la carcinose péritonéale. Mort par congestion pulmonaire avec phénomènes d'hémiplégie. Soc. anat., 1885).

38. BROCA. — Kystes hydatiques multiples du foie. Ponction d'une poche volumineuse suppurée au-devant de la vessie. Soc. anat., 1885.
39. BUDOR. — Kyste hydatique du foie. Kystes multiples de l'abdomen et du bassin. Soc. anat., 1887.
40. CLADO. — Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale. Soc. anat., 1886.
41. NATTAN-LARRIER CROUZON-GRIFFON et LOEPER. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.
42. CARNOT. — Semaine médicale, 1906, n° 8.
43. MABIT. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des kystes hydatiques de l'abdomen. Rev. de Ch., 1905.
44. QUÉNU. — Kyste hydatique du foie ; technique opératoire contre l'échinococcose secondaire. Soc. de Ch. de Paris, 1903.
45. ANDRAL. — Clinique médicale, tome II.
46. LETOURNEUR. — Thèse Paris, 1905.
47. FORGUE. — Précis de Pathologie externe.
48. FAURE. — Traité de Chirurgie (Le Dentu et Delbet).
49. SEGOND. — Traité de Chirurgie (Duplay et Reclus).
50. TROUSSEAU. — Clinique médicale, III, p. 282.
51. GUÉRIN. — Bull. médical, 14 mars 1906.
52. ROTTENSTEIN. — Traité des kystes hydatiques par l'incision minima et l'injection de formol. Trib. méd., 27 janvier 1906.
53. BROCA. — Kyste hydatique du foie chez l'enfant. Sem. méd., 1901, p. 89.
54. DEVÉ. — Les kystes hydatiques du foie (de Rudeval, 1905).
55. DUVERNON. — Thèse, 1879.

56. TOKARENKO. — Thèse, Saint-Pétersbourg, 1895.
57. MARTINET. — Absès sous-phréniques. Thèse, Paris, 1898-1899.
58. Semaine médicale, 1901, p. 376.
59. TUFFIER. — Société de Chirurgie, 26 février 1902.
60. OPPENHEIM. — Thèse, Paris, 1905.
61. PELLETIER. — Thèse, Paris, 1905.
62. POTHERAT. — Thèse, 1889.
63. HAYEM. — Revue des Sciences médicales. Tome I, 1897.
64. Lyon médical, 1^{er} semestre 1905, p. 1124.